

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
19(14)313(21)
gel VB zur öffentl. Anh. am
14.04.2021 - DVPMG
08.04.2021



**Vereinte
Dienstleistungs-
gewerkschaft**

Stellungnahme der Vereinten Dienstleistungsgewerkschaft – ver.di

zum

Entwurf eines Gesetzes zur digitalen Modernisierung von Versorgung und Pflege (Digitale Versorgung und Pflege- Modernisierungsgesetz-DVPMG)

der Bundesregierung

Berlin, 08. April 2021
Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft – ver.di
Bundesvorstand – Bereich Gesundheitspolitik,
Paula-Thiede-Ufer 10, 10179 Berlin

1. Einordnung

Nach dem Digitale-Versorgung-Gesetz (DVG) und dem Gesetz zum Schutz elektronischer Patientendaten in der Telematikinfrastruktur (PDSG) hat das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) mit dem Digitale Versorgung und Pflege-Modernisierungs-Gesetz (DVPMG) das dritte Digitalisierungsgesetz vorgelegt und damit die Grundlage für eine weitgehende Anbindung der Pflege an die Telematik-Infrastruktur (TI) geschaffen. Es soll ein neues Verfahren etabliert werden für die Prüfung der Erstattungsfähigkeit digitaler Pflegeanwendungen. Analog zu den bereits etablierten Digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGA) soll dafür ein Verzeichnis beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte geschaffen werden. Die Funktionen der elektronischen Patientenakte (ePA) sollen dahingehend erweitert werden, dass „komfortable Möglichkeiten“ geschaffen werden, Daten aus Hilfsmitteln und Implantaten in DiGAs zu importieren und in die ePA einzupflegen. Heilmittelerbringer und Hebammen, die im DiGA-Kontext Leistungen erbringen, sollen dafür vergütet werden, zudem könnten andere Kostenträger wie etwa die Rentenversicherung DiGAs im Rahmen der Rehabilitation erstatten. Zum Schutze der Daten der Versicherten soll eine Schweigepflicht für Hersteller digitaler Gesundheitsanwendungen und eine mit dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik abgestimmte Sicherheitsprüfung eingeführt werden. Das Prüfverfahren für digitale Gesundheitsanwendungen beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte wird hinsichtlich bestehender Regelungen zu Erprobungszeiten und Dokumentationspflichten angepasst.

Nachdem die Fern- und Videosprechstunden auch im Kontext der Pandemie einen deutlichen Nutzungsschub erlebt haben, sollen diese Angebote nun weiter gefördert werden. Terminservicestellen wären nach dem Entwurf nicht mehr nur für die Vermittlung von Arztterminen zuständig, sondern auch von telemedizinischen Leistungen, „so dass Versicherte ein Angebot aus einer Hand erhalten“. Der Gemeinsame Bundesausschuss wird mit dem Gesetz beauftragt, die Ausstellung einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung auch im Rahmen der ausschließlichen Fernbehandlung zu ermöglichen. Heilmittelerbringer*innen und Hebammen sollen Videosprechstunden anbieten können, und für die Pflegeberatung werden „neue Formen der telepflegerischen Versorgung ermöglicht“. Für Ärzt*innen sollen Videosprechstunden attraktiver gestaltet werden, etwa, indem sie außerhalb der Sprechstundenzeiten erbracht und vergütet werden können. Der Gesetzesentwurf sieht vor, künftig auch Heil- und Hilfsmittelerbringer*innen, Erbringer*innen von Psychotherapie und zahnmedizinischen Laborleistungen an die TI anzuschließen. Die Gematik soll beauftragt werden einen an die Bedürfnisse der Nutzer*innen angepassten Zugang zur TI-Infrastruktur in Form eines Zukunftskonnektordienstes zu entwickeln. Die elektronische Gesundheitskarte soll ausschließlich als Versicherungsnachweis der Versicherten und nicht mehr als Datenspeicher dienen.

Elektronische Medikationspläne und elektronische Notfalldaten sollen ausschließlich in der ePA geführt werden. Abgabe, Änderung und Widerruf der elektronischen Organspendeerklärung sollen auch über die Versicherten-Apps der Krankenkassen erfolgen. Versicherte sollen die Möglichkeit erhalten, Dispensierinformationen eingelöster Arzneimittelverordnungen in ihre ePA einzustellen. Versicherten sollen Rezepte vor Ort in Apotheken personenbezogen mit Identitätsnachweis abzurufen. Die digitale Gesundheitskompetenz und Patientensouveränität sollen durch ein verlässliches Informationsangebot gestärkt werden. Schließlich soll die Kodierung seltener Erkrankungen in der stationären Versorgung verbessert werden.

Aus Sicht der Vereinten Dienstleistungsgewerkschaft ver.di führt der Gesetzesentwurf die bereits begonnenen Digitalisierungsprozesse im Gesundheitswesen fort. Während die Versorgungsqualität der Versicherten unter anderem durch die Ausweitung angeschlossener Versorgungsebenen an die telematische Infrastruktur gestärkt werden kann, bedürfen die Auswirkungen digitaler Unterstützungsangebote auf Pflegequalität und Pflegeleistungen einer genauen und fortlaufenden Evaluation hinsichtlich ihrer Zielerreichung. Risiken der Substitution etablierter, präsenzgestützter Pflegemaßnahmen wie auch einer zunehmenden Verlagerung der Beratung und Versorgung der Versicherten auf digitale Angebotsformen sind frühzeitig auszuschließen. Der Nachweis einer messbaren Steigerung der Pflegeversorgungsqualität für Pflegebedürftige wie auch einer wirksamen, gut in den Pflegealltag integrierbaren Unterstützungsfunktion für Pflegende und Angehörige ist aus Sicht von ver.di eine zwingend erforderliche Voraussetzung, um digitale Pflegeanwendungen als Regelleistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung vorsehen zu können.

2. Im Einzelnen

2.1 Digitale Pflegeanwendungen und digitale Pflegeberatung

Es wird ein neues Verfahren zur Prüfung der Erstattungsfähigkeit digitaler Pflegeanwendungen und zur Aufnahme in ein entsprechendes Verzeichnis beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte geschaffen. Zur genaueren Ausgestaltung wird das Bundesministerium für Gesundheit ermächtigt, eine Rechtsverordnung zu erlassen. Bei der Pflegeberatung werden neue Formen der telepflegerischen Versorgung ermöglicht. ver.di begrüßt die vorgeschlagene Regelung, wonach künftig die laut Gesetz vorgeschriebene Beratungstätigkeit um sichere digitale Beratungsangebote ergänzt werden sollen. Egal, ob es sich dabei um Beratungs- und Informationsangebote der Pflegekassen oder um andere Beratungsangebote von

Gesundheitsanbietern handelt, ist nachweislich eine Zulassung erforderlich, die sicherstellt, dass Datenschutz und Datensicherheit oberste Priorität für die Versicherten haben. Soweit der Spitzenverband Bund der Pflegekassen in seiner Pflegeberatungs-Richtlinie technische Verfahren für die Durchführung von Pflegeberatungen festlegt, die nicht bereits im SGB V zugelassen sind, sind diese Festlegungen im Einvernehmen mit dem Bundesbeauftragten für Datenschutz und Informationsfreiheit und dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik zu treffen.

Ebenfalls zu begrüßen ist aus Sicht von ver.di der künftige Anspruch der Versicherten auf die Versorgung mit pflegerischen Unterstützungsleistungen, die bei der Versorgung mit digitalen Pflegeaufwendungen erforderlich sind. Dabei soll es um die Betreuung der Versicherten in konkreten pflegerischen Situationen gehen, bei denen die digitale Pflegeanwendung je nach Konzeption der Anwendung mit der Unterstützungshandlung ergänzt werden soll. Der Anspruch umfasst dabei lediglich die spezifische Pflegehandlung im Zusammenhang mit dem Einsatz der digitalen Pflegeanwendung, während die Vergütung der sodann erfolgenden pflegerischen Maßnahmen im Rahmen der allgemeinen Vergütungsregelungen erfolgen soll.

ver.di kritisiert deutlich, dass gegenüber den im Referentenentwurf vorgesehenen Regelungen nun nicht mehr eine ergänzende Kostentragung in Höhe von bis zu 60 Euro zur Durchführung pflegerischer Unterstützungshandlungen pro digitaler Pflegeanwendung und Monat vorgesehen ist. Damit wird die Unterstützungshandlung auf den allgemeinen DiPa- Leistungsanspruch nach §40b in Höhe von bis zu 50 Euro pro Monat begrenzt, durch den gleichzeitig auch die Inanspruchnahme der digitalen Pflegeanwendung an sich abgedeckt werden soll. Durch den Entfall einer gesicherten Vergütungsgrundlage für Unterstützungshandlungen wird die für Pflegebedürftige notwendige, zuverlässige Assistenz bei der Nutzung digitaler Anwendungen in Frage gestellt. Gerade aufgrund der spezifischen persönlichen Voraussetzungen bei der Anwendungsnutzung und den Anforderungen mit Blick auf Digitalkompetenz, kognitive Leistungsfähigkeit und Fähigkeit zur Alltagsstrukturierung, die die Nutzung digitaler Anwendungen an die Pflegebedürftigen stellt, sind gesicherte Unterstützungsleistungen unverzichtbare Bestandteile für eine wirksame Entlastung von Pflegebedürftigen und Pflegekräften. Der Gesetzgeber wird vor diesem Hintergrund dringend aufgefordert, sicherzustellen, dass Unterstützungshandlungen für Pflegebedürftige als gesondert zu vergütender Regelleistungsanspruch erhalten bleiben, sofern digitale Pflegeanwendungen durch Pflegebedürftige genutzt werden.

ver.di unterstreicht, dass die in §7a Abs. 2 S. 2 SGB XII vorgesehene Möglichkeit, digitale Pflegeberatungsleistungen auf Wunsch anspruchsberechtigter Personen vorzunehmen, als eine

rein ergänzende, freiwillige Angebotsform festgeschrieben werden muss. Für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen ist es von entscheidender Bedeutung, dass ausreichende Kapazitäten und Zugänge zur Durchführung präsenzgestützter oder telefonischer Pflegeberatungen vorgehalten werden, um neben der Verfügbarmachung digitaler Beratungsangebote jederzeit auch eine Beratung im persönlichen Gespräch in Anspruch nehmen zu können. Eine mögliche Substitution präsenzbasierter Beratungsangebote durch vergleichbare digitale Angebote ist auszuschließen.

ver.di fordert den Gesetzgeber auf, umgehend eine Technikfolgenabschätzung hinsichtlich arbeitsplatz- und beschäftigtenrelevanter Auswirkungen der Integration digitaler Pflegeanwendungen in den ambulanten und stationären Pflegealltag vorzunehmen. Ist erkennbar, dass sich digitale Pflegeanwendungen gegenüber einer vielfach nicht gesicherten Pflegepersonalausstattung nicht neutral auswirken, muss ihre Einführung zurückgestellt werden. Digitale Pflegeanwendungen dürfen nicht zur Kompensation vielfach bestehender Defizite bei der Pflegepersonalausstattung unter dem Deckmantel einer vermeintlichen Hebung von Effizienzreserven umgedeutet werden. Die notwendige, tarifvertraglich gesicherte Verbesserung der Beschäftigungsbedingungen im Pflegebereich wie auch die Realisierung der zugesagten Aufwertung des Pflegepersonalschlüssels müssen trotz der hier aufgezeigten Digitalisierungsoffensive in der Pflege in vollem Umfang durchgesetzt werden.

Hinsichtlich der notwendigen Festlegung von Kriterien zur Feststellung der Erstattungsfähigkeit digitaler Pflegeanwendungen fordert ver.di den Gesetzgeber dazu auf, gewonnene Erfahrungen aus dem Digitale-Versorgungs-Gesetz aufzunehmen und anzuwenden. Dazu gehören zunächst ein zu definierender und nachzuweisender pflegerelevanter Versorgungsmehrwert und Versichertennutzen in Verbindung mit einer Verbesserung der Qualität der pflegerischen Versorgung. Ebenfalls bedarf es der Sicherstellung, dass infrage kommende digitale Pflegeanwendungen durch das Pflegepersonal einfach, datenschutzkonform und unbürokratisch in den pflegerischen Versorgungsalltag zu integrieren sein müssen. Hierbei muss seitens der Einrichtungsleitung sichergestellt sein, dass entsprechende Schulungen für die Mitarbeiter*innen verpflichtend angeboten werden und während der Arbeitszeit zu erfolgen haben. Die Beteiligung betrieblicher Mitbestimmungsakteure bei der Einführung digitaler Pflegeanwendungen ist sicherzustellen. Ebenfalls soll für eine infrage kommende Erstattungsfähigkeit nachweislich die Teilhabe der Pflegebedürftigen durch die Einführung digitaler Pflegeaufwendungen sowie durch die Inanspruchnahme der Beratungsangebote gestärkt werden. ver.di lehnt Vergütungsmodelle analog zur im Rahmen des DVG festgeschriebenen Vergütungssystematik einer Einführungsphase auf Basis marktüblicher Preise im Bereich digitaler Pflegeanwendungen ab. Solange der Nachweis der Erhöhung der Pflegeversorgungsqualität nicht erbracht ist und somit keine abschließende

Rahmenvertragsverhandlung zwischen Pflegeversicherung und den Herstellern der digitalen Anwendungen begründet werden kann, ist eine Vergütung auf nach Herstellerpreisen nicht zu rechtfertigen.

2.2 Feststellen der Arbeitsunfähigkeit bei Fernbehandlungen

In § 92 wird nach Absatz 4 folgender Absatz 4a eingefügt: „(4a) Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt bis zum ... [einsetzen: Datum des letzten Tages des sechsten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] in seiner Richtlinie nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 7 Regelungen zur Feststellung der Arbeitsunfähigkeit im Rahmen der ausschließlichen Fernbehandlung in geeigneten Fällen.“ Eine solche Regelung einzuführen, ohne gesichert zu haben, dass der erkrankte Arbeitnehmer den Nachweis der ärztlicherseits bestätigten Arbeitsunfähigkeit in Händen hält, bedeutet, ein nicht vertretbares Risiko erkrankter Beschäftigter hinsichtlich der Erfüllung der Nachweispflichten gegenüber dem Arbeitgeber und der davon ausgehenden Auswirkung auf die ihnen entstehenden Entgeltfortzahlungsansprüche festzuschreiben. Während im Rahmen einer bisher üblichen, ärztlichen Präsenzuntersuchung die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung dem betroffenen Beschäftigten direkt überreicht wird und er diese in der Folge seinem Arbeitgeber mitteilt, ist bei der nun vorgesehenen, ausschließlichen Fernbehandlung eine direkte Übergabe von Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen nicht möglich. Damit verbleibt für Beschäftigte die Notwendigkeit, auf den Zugang der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung auf dem Postweg oder auf einem gesicherten elektronischen Übermittlungsweg zu warten. Beides verlagert aus Sicht von ver.di jedoch auf unzulässige Weise die entgeltfortzahlungsrelevanten Risiken eines Daten- bzw. Bescheinigungsverlustes oder einer Verzögerung bei der Übermittlung auf die Beschäftigten. Solange das Entgeltfortzahlungsgesetz keine Berücksichtigung dieses Risikos vorsieht und Beschäftigte dahingehend entlastet, dass sie Verzögerungen oder Datenverluste, die nicht durch sie verursacht wurden, auch nicht hinsichtlich ihrer Auswirkungen auf die Erbringung der Nachweispflichten zu verantworten haben, kann ver.di der beabsichtigten Änderung in § 92 nicht zustimmen.

2.3 Digitale Gesundheitsanwendungen weiter in die Versorgung integrieren

Versicherte erhalten künftig Möglichkeiten, Daten aus Hilfsmitteln und Implantaten in digitalen Gesundheitsanwendungen zu nutzen sowie Daten aus digitalen Gesundheitsanwendungen in ihre elektronische Patientenakte einzustellen. Die Leistungen von Heilmittelerbringern und Hebammen, die im Zusammenhang mit digitalen Gesundheitsanwendungen erbracht werden, werden

vergütet, und digitale Gesundheitsanwendungen können im Rahmen der Rehabilitation auch von weiteren Kostenträgern finanziert werden. Datenschutz und Informationssicherheit von digitalen Gesundheitsanwendungen sollen gestärkt werden, indem eine Schweigepflicht für Hersteller digitaler Gesundheitsanwendungen und eine mit dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik abgestimmte Sicherheitsprüfung eingeführt werden. Im Rahmen des Prüfverfahrens beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte wird die Erprobungszeit flexibilisiert und für die Zeit nach der endgültigen Aufnahme ins Verzeichnis eine genauere Dokumentation von Änderungen an den Produkten vorgegeben.

ver.di erachtet es als essentiell, dass strenge Standards zu Datenschutz, Datenverbrauchsminimierung und Gewährleistung der vollen Patientensouveränität die Voraussetzung bilden, um die Verschränkung zwischen digitalen Gesundheitsanwendungen und Funktionen der ePA festzuschreiben. Voraussetzung muss insbesondere sein, dass sich die Interaktion zwischen DiGa und ePA vollständig in das feingranulare Zugriffsmanagement einfügen lässt und somit die Steuerung der Datenintegration in der alleinigen Hoheit der Versicherten verbleibt. Ebenfalls müssen Versicherte frühzeitig über mögliche datenschutzbezogene und folgerichtliche Auswirkungen des Einstellens von DiGa-Daten in ihre ePA, wie sie sich etwa durch eine sich aus der DiGa-Integration ergebende Erweiterung der zu Forschungszwecken weiterzuverarbeitenden Datenbestandteile der ePA ergeben können, seitens der Hersteller informiert werden. Unter der Prämisse der Wahrung dieser Kriterien wäre es sodann folgerichtig, dass die im Rahmen der Nutzung digitaler Gesundheitsanwendungen und Hilfsmittel gewonnenen Informationen und Daten durch Versicherte in die elektronische Patientenakte eingestellt werden können.

Die Einrichtung präsenzgestützter Anlaufstellen für Zugriffe auf die elektronische Patientenakte bleibt eine unverzichtbare ergänzende Ebene, um den Bedarfen von Versicherten ohne Möglichkeit oder Wunsch eines Zugriffs auf digitalem Wege zu entsprechen.

Sinnvoll erscheint die Neufassung des § 33a Abs. 5 SGB V, wonach Vertragsärzte mit Herstellern digitaler Gesundheitsanwendungen oder anderen natürlichen oder juristischen Personen, die sich mit der Behandlung von Krankheiten befassen, keine Rechtsgeschäfte vornehmen oder Absprachen treffen dürfen, die eine Zuweisung oder eine Übermittlung von Verordnungen zum Gegenstand haben, soweit gesetzlich nicht eine Zusammenarbeit vorgesehen oder aus medizinischen Gründen ein anderes Vorgehen geboten ist. Zugleich ist es notwendig, in diesen Absatz nicht nur Vertragsärzte, sondern sämtliche sonstige Leistungserbringer, die digitale

Gesundheitsanwendungen potentiell verordnen und mit denen Herstellern in Verbindung treten können, auszuweiten.

Die perspektivische Nutzbarmachung von Daten aus Hilfsmitteln und Implantaten in digitalen Gesundheitsanwendungen durch Versicherte macht es erforderlich, strenge gesetzliche Standards zu Datensicherheitsanforderungen sowie Weitergabe- und Verarbeitungsverbote für alle in Frage kommenden digitalen Gesundheitsanwendungen zu definieren, bevor diese auf den Versicherten zugänglich gemacht werden. Das Auslesen, Übermitteln und Verarbeiten relevanter Daten in den Versicherten nicht bekannten Zwecken und Absichten im Kontext der Nutzung von DiGa ist dauerhaft und rechtlich sanktionsbewährt gegenüber den Herstellern der jeweiligen Gesundheitsanwendungen auszuschließen.

Eine Festschreibung von Leistungsvergütungen für Leistungen von Heilmittelerbringern und Hebammen, die im Zusammenhang mit digitalen Gesundheitsanwendungen erbracht werden, stellt eine Angleichung gegenüber bereits bestehenden Regelungen zu Leistungserbringung durch andere Leistungsträger und Versorgungsformen dar und ist insofern folgerichtig. Gleiches gilt für die Schaffung einer Möglichkeit zur Finanzierung digitaler Gesundheitsanwendungen im Rahmen der Rehabilitation durch weitere Kostenträger.

Für die Förderung der Integration digitaler Gesundheitsanwendungen in Versorgung und Pflege ist grundsätzlich eine verbesserte Verfügbarmachung und Bereitstellung der notwendigen IT-Infrastruktur in stationären Versorgungs- und Pflegeeinrichtungen als Voraussetzung anzusehen. Dies gilt auch für die Verfügbarmachung von Internetzugängen, Anschlussmöglichkeiten und Endgeräten für die Bewohner von Pflegeheimen. Hierdurch entstehende Kosten sollten durch den Gesetzgeber im Rahmen einer möglichst niedrigen Kostenbelastung der Versicherten und der gesetzlichen Pflegekassen durch ein öffentliches Investitionsprogramm unter anteiliger Beteiligung der Hersteller und Infrastrukturträger berücksichtigt werden.

2.4. Elektronische Patientenakte und E-Rezept

Die Verfügbarmachung von gesicherten Informationen, insbesondere zu Diagnosen und Therapiemaßnahmen, auf geeigneten Endgeräten der Versicherten erscheint unter der Voraussetzung der oben beschriebenen Anforderungen zu Datenschutz, Anonymität und Datensparsamkeit sinnvoll. Hierdurch soll erreicht werden, dass diese über die jeweilige Benutzeroberfläche ihrer elektronischen Patientenakte eine Schnittstelle zum nationalen Gesundheitsportal und den dort verfügbaren Informationen erhalten. Dies ist vor dem Hintergrund

einer notwendigen Stärkung der Patientensouveränität und der Verfügbarmachung anerkannter und legitimer Informationen und Datenbanken zur Unterstützung des Gesundheitswissens der Versicherten zu begrüßen. Um einer entsprechenden Verfügbarmachung gesicherter Informationen versichertenseitig angemessen entsprechen zu können, ist für alle Versichertengruppen, insbesondere aber für Versicherte mit besonders komplexen Versorgungsbedarfen, mit spezifischen sprachlichen oder persönlichen Voraussetzungen oder für ältere Menschen eine zielgerichtete Förderung von Möglichkeiten zur Digitalisierungsteilnahme erforderlich. Neben dem Ausbau und der Bereitstellung digitaler Infrastrukturen und Endgeräte ist bereits im Rahmen der Programmierung der jeweiligen Schnittstellen eine Berücksichtigung der spezifischen Versichertenbedarfe erforderlich.

Die Stärkung der grenzüberschreitenden gesundheitlichen Versorgung und des Austausches von Gesundheitsdaten durch Schaffung der Möglichkeit, auch aus dem EU-Ausland über die nationale eHealth-Kontaktstelle auf Inhalte der elektronischen Patientenakte zugreifen zu können, erscheint gerade im Kontext des aktuellen Pandemiegeschehens als eine potentiell sinnvolle Perspektive. Allerdings sind die erforderlichen Maßstäbe der Datenschutzkonformität im grenzüberschreitenden, EU-weiten Kontext ungleich präziser und rechtlich erschöpfender als im binnenstaatlichen Vergleich erforderlich festzulegen. Die Gesetzgeber der teilnehmenden EU-Mitgliedsstaaten wie auch die einzubindenden legislativen Ebenen der EU sind dementsprechend frühzeitig aufzufordern, sicherzustellen, dass Gesundheitsdaten und Datennutzungen aus dem EU-Ausland wie auch Inland nur vor dem Hintergrund größtmöglicher Datensicherheit und der Wahrung der informationellen Selbstbestimmung der Versicherten stattfinden dürfen. Nicht autorisierte Zugriffe auf Bestandteile elektronischer Patientenakten sowie Zugriffe mit der Absicht nicht zugelassener Weiterverwendungen müssen auch im Kontext europäischer grenzüberschreitender Versorgungswege sicher ausgeschlossen bleiben.

E-Rezepte sollen künftigen bei Apothekern bzw. Apotheken im EU-Ausland einlösbar sein, indem diese elektronische Heilberufsausweise und elektronische Institutionsausweise erhalten. Hierzu soll ein Ausgabeverfahren geregelt werden sowie eine Stelle geschaffen werden, die bestätigt, dass es sich beim jeweiligen EU-ausländischen Leistungserbringer um einen Apotheker bzw. Angehörigen eines Pharmaberufes handelt. Ebenso soll nachgewiesen werden, dass die im EU-Ausland betriebene Apotheke tatsächlich eine Zulassung für den Betrieb als Apotheke besitzt. Aus Sicht von ver.di ist die Definition eines entsprechenden Ausgabeverfahrens und die Benennung einer ausgebenden Stelle richtig und notwendig. Sie sollte jedoch ergänzt werden um eine Funktion zur Einordnung der ausländischen Apotheke in die für Versicherte nicht implizit vorhandene Unterscheidbarkeit von vorwiegenden oder ausschließlichen Versandapotheken oder sonstigen

Pharmaberufen zu Vor-Ort-Apotheken. Ebenfalls ist bei der Einlösung von E-Rezepten im EU-Ausland sicherzustellen, dass eine digital gestützte Beratungsleistung zu einzulösenden Rezepten für die in Anspruch nehmenden Versicherten in jedem Fall zur Verfügung steht.

2.5. Ausbau der Telematikinfrastruktur und Erweiterung ihrer Nutzungsmöglichkeiten

Mit dem Ziel, die elektronische Gesundheitskarte künftig ausschließlich als Versicherungsnachweis der Versicherten zu nutzen und sie nicht mehr als Datenspeicher verwenden zu wollen, vollzieht der Gesetzgeber einen auf technische Weiterentwicklungen reagierenden Paradigmenwechsel hinsichtlich der versichertenseitigen Mediennutzung sowie des Informationszuganges zu und der Datenspeicherung von Versichertendaten. Er eröffnet damit jedoch zugleich neue Fragen, die unmittelbare Auswirkungen auf Versorgungsqualität und Versorgungssicherheit der Versicherten haben können. Dies gilt insbesondere für die geplante Etablierung weiterer sicherer Übermittlungsverfahren zwischen Versicherten, Leistungserbringern und Kostenträgern wie etwa E-Mail-Funktionen, Videokommunikationsdienste und Messaging-Dienste.

Mit einer Führung des elektronischen Medikationsplanes und der elektronischen Notfalldaten auf der elektronischen Patientenakte reagiert der Gesetzgeber einerseits auf technische Entwicklungen. Dabei wird jedoch nicht die Gefahr ausgeschlossen, dass die Verfügbarmachung versorgungsrelevanter Informationen zunehmend vom Vorhandensein konkreter technischer Voraussetzungen im Sinne von funktionierenden leistungserbringerseitigen Schnittstellen abhängt. Sind, etwa in Notfällen oder in Situationen, in denen Versicherte den Zugriff auf die jeweiligen Daten nicht durchführen können, insbesondere Notfalldaten und Medikationspläne nicht zugänglich, so ist es aus Sicht von ver.di jedoch unverzichtbar, dass eine Fall-back-Option zur bedarfsgerechten Versorgung der Versicherten zur Verfügung steht. Neben der Etablierung dezentraler Datenspeicherorte kann eine solche Option auch im Fortbestehen der elektronischen Gesundheitskarte als Reservemedium für die Speicherung essentieller Versorgungsinformationen dienen. Gleiches gilt auch für die Situation, dass Versicherte der Nutzung der elektronischen Patientenakte nicht zustimmen können, beispielsweise aufgrund fehlender technischer Zugangsvoraussetzungen- und Kenntnisse, oder dies nicht wollen. Daher bleibt der Gesetzgeber aufgefordert, ergänzend zum nachvollziehbaren Ansinnen der Führung der erwähnten Funktionen im Rahmen der ePA einen Mechanismus zu definieren, der als Reserve zur Verfügung steht.

Das Vorhaben, über Abgabe, Änderung und Widerruf der elektronischen Organspendeerklärung künftig auch Entscheidungen im Rahmen der Versicherten-Apps der Krankenkassen zu ermöglichen, ist an die Gewährleistung strengster datenschutzrechtlicher und Standards und

technischer Sicherheitsvorkehrungen als Vorbedingung zu koppeln. Unbefugte Zugriffe auf eine solche Funktion, die gegebenenfalls das Risiko einer unrechtmäßigen Abänderung der durch die Versicherten getroffenen Entscheidungen zur individuellen Organspenderegulation bergen, würden im konkreten Fall massive Auswirkungen auf die sich aus der Willenserklärung der Versicherten ergebende ärztliche Maßnahme bedeuten. Sie sind deshalb unter allen Umständen informationstechnisch auszuschließen und rechtlich sanktionsbewehrt auszugestalten. Unter dieser Voraussetzung kann der hier vorgeschlagene Weg eine sinnvolle Option sein, da dauerhaft niedrige Organspendenzahlen es notwendig machen, den Versicherten eine zeitgemäße Wahlmöglichkeit vorzulegen. Zur Vermeidung von Irrtümern oder missbräuchlichen Nutzungen bleibt es erforderlich, den Versicherten in regelmäßigen zeitlichen Abständen zusätzlich eine Information über den Status ihrer jeweils auf dem Wege der Nutzung krankenkassenseitiger Versicherten-Apps erteilten Organspendeerklärung zukommen zu lassen.

2.6. Digitale Gesundheitskompetenz und Patientensouveränität stärken durch verlässliche Informationen

Mit der Einrichtung eines digitalen Portals zu relevanten Gesundheitsthemen („nationales Gesundheitsportal“) will das Bundesministerium für Gesundheit die Gesundheitskompetenz der Versicherten stärken. Unter anderem soll über die Nutzung der elektronischen Patientenakte der Zugriff auf qualitätsgesicherte Informationen aus dem Nationalen Gesundheitsportal ermöglicht werden. Dabei sollen insbesondere Symptome, Diagnosen, Präventionsmaßnahmen oder die Therapie von Erkrankungen, die im Rahmen der Nutzung der elektronischen Patientenakte für die Versicherten von Interesse sein können, besser nachvollziehbar gemacht werden.

Aus Sicht von ver.di ist die Stärkung der Gesundheitskompetenz und der Therapie-Compliance der Versicherten ein zu begrüßendes Ziel. Voraussetzung ist, dass rein evidenzbasierte, wissenschaftlich gesicherte Informationen und Zusammenhänge ohne privatwirtschaftliche Einflussnahme das Fundament für diese Selbstbefähigung der Versicherten bilden. Anders als bei der Wiedergabe von Informationen zu Symptomen und Diagnosen ergibt sich für Versicherte bei Informationen zu Präventionsmaßnahmen und Therapieangeboten ein unmittelbarer Anreiz zur Suche nach individualisierten, auf ihre jeweiligen Bedarfe zugeschnittenen Leistungsangeboten. Zur Vermeidung einer angebotsseitigen Ausnutzung oder Beeinflussung dieses Suchprozesses ist sicherzustellen, dass die zur Verfügung gestellten Informationen ausschließlich nichtkommerziellen Ursprung haben und keine Möglichkeiten zur gezielten Bewerbung bestimmter Leistungen oder Produkte bieten.

2.7 Mitgliedschaft in Solidargemeinschaften gesetzlich anerkennen

Vorgesehen wird, dass Solidargemeinschaften es ihren Mitgliedern künftig ermöglichen, dass die Mitgliedschaft als anderweitige Absicherung im Krankheitsfall im Sinne des § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V und als ein mit dem Anspruch auf freie Heilfürsorge oder auf eine Beihilfeberechtigung vergleichbarer Anspruch im Sinne des § 193 Abs. 3 S. 2 Nr. 2 VVG gilt. ver.di lehnt diese Regelung ab. Mit der Anerkennung von Solidargemeinschaften als anderweitige Versicherungsform würde der Gesetzgeber das gegenwärtige duale Sicherungssystem inklusive der ihm innewohnenden Nachteile und Differenzierungen hinsichtlich individueller, einkommensbezogener Gesundheitschancen und Krankheitsrisiken weiter ausdifferenzieren. Die damit einhergehende Schwächung der Solidargemeinschaft GKV und ihrer Versicherten hinsichtlich ihrer Mitglieder,- Beitrags- und Leistungsbasis steht im Widerspruch zum Ziel einer universell zugänglichen, solidarischen und leistungsfähigen gesetzlichen Krankenversicherung aller Bürgerinnen und Bürger. Statt der Etablierung einer solchen dritten Absicherungsform den Weg zu bereiten, fordert ver.di den Gesetzgeber auf, eine road map zur politischen Umsetzung einer leistungsfähigen gesetzlichen Krankenversicherung nach dem Modell einer Bürgerversicherung zu erarbeiten und vorzustellen.

2.8 Kodierung seltener Erkrankungen in der stationären Versorgung verbessern

Künftig sollen seltene Erkrankungen durch eine eindeutigere Kodierung für eine sachgerechte Leistungsabbildung in den stationären Vergütungssystemen der Krankenhäuser abgerechnet werden können. Der Gesetzesentwurf sieht dazu vor, die gesetzliche Grundlage dafür zu schaffen, dass die den Krankenhäusern zur Verfügung stehenden Diagnoseschlüssel nach § 301 Abs. 2 S. 1 SGB V entsprechend ausgeweitet werden. ver.di kann, ausgehend vom Erfordernis einer möglichst zielgerichteten und passgenauen Versorgung der Versicherten gerade im Kontext seltener Erkrankungen, eine solche Spezifizierung nachvollziehen. Jedoch führt die Zielsetzung einer sachgerechten Leistungsabbildung in der stationären Versorgung über in das Erfordernis, eine hohe Versorgungsqualität auch im Rahmen der sektorübergreifenden Versorgung zu gewährleisten. Dies gilt insbesondere bei seltenen Erkrankungen, die häufig auch ambulant diagnostiziert und behandelt werden und ein dauerhaftes, lebenslanges Monitoring sowie vielfältige Einzelversorgungsschritte erforderlich machen können. Es erscheint deshalb sinnvoll, eine einheitliche, erweiterte Kodierung seltener Erkrankungen nicht nur für den stationären, sondern auch den ambulanten und niedergelassenen Versorgungsbereich vorzusehen.